Appendicitis im Bruchsack.

Auszug aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Egbert Ulrich Otto.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

1921

Druck: Carl Friese, Magdeburg.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität.

Berichterstatter:
Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548214_0369

Appendicitis im Bruchsack.

A. Einleitung.

Durch die Kombination einer Hernie mit einer Entzündung des in ihr liegenden Prozessus vermiformis ergibt sich ein eigenartiges Krankheitsbild.

B. Ausführung.

I. Aetiologie der Appendicitis im Bruchsack.

Das Krankheitsbild der Hernien-Appendicitis ist das Produkt zweier genetisch ganz verschiedener Vorgänge; es kann entstanden sein:

a) dadurch, daß zuerst die Appendix inkarzeriert wurde und es sekundär zur Entzündung des inkarzerierten Wurms kam,

b) dadurch, daß sich der zufällig im Bruchsack liegende Wurmfortsatz primär entzündete.

Beide Möglichkeiten werden bezüglich ihrer Genese, klinischen Erscheinungen und ihrer Folgezustände unter Anführung von Beispielen aus der Literatur eingehend erörtert. Es wird versucht, an der Hand einer Statistik festzustellen, welche Art der Genese — ob die primäre Einklemmung oder die primäre Entzündung des Wurmfortsatzes — die häufigere ist. Dabei stellt sich heraus, daß die primäre Appendicitis im Bruchsack zahlenmäßig bei weitem überwiegt gegenüber der primären Inkarzeration

der Appendix. Immerhin bleibt eine große Anzahl von Fällen übrig, bei welchen die Entscheidung für die eine oder andere Art der Entstehung nicht zu treffen ist.

II. Klinik der Hernien-Appendicitis.

Genaue Schilderung der objektiven und subjektiven Symptome der Appendicitis im Bruchsack nach ihrer Beschreibung in der Literatur.

III. Pathologische Anatomie.

Es wird versucht, an der Hand der in der Literatur beschriebenen Präparate der Hernien-Appendicitis eine Entscheidung, ob primäre Inkarzeration oder primäre Einklemmung vorlag, zu treffen.

Aus den Ausführungen in Abschnitt II und III ergibt sich jedoch, daß sich eine wirklich zuverlässige ätiologisch richtige Diagnose weder aus dem klinischen Bilde vor der Operation noch aus dem anatomischen Befunde nach der Operation in allen Fällen stellen läßt. Das scharfe Auseinanderhalten der beiden genetisch verschiedenen Prozesse — primäre Appendicitis, primäre Inkarzeration — ist für die Klinik dieser Erkrankung auch nur von untergeordneter Bedeutung; vielmehr erscheint es wichtiger, eine klinisch brauchbare Einteilung zu schaffen, nämlich

IV. Akute und chronische Appendicitis im Bruchsack.

Das Krankheitsbild der akuten Hernien-Appendicitis ist im allgemeinen leichter zu deuten, als das der chronischen; letztere kann ganz eigenartige Erscheinungen machen, die mitunter zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können: Entzündliche Konglomerat-Tumoren, die sich mit Vorliebe bei Leistenbrüchen am Samenstrang und am Hoden lokalisieren; oft sind im anatomischen Präparat die normalen Gebilde dieser Gegend nicht mehr von dem chronisch entzündlich veränderten Gewebe zu trennen.

Beschreibung von sechs an der Küttnerschen Klinik vorgekommenen Fällen von Hernien-Appendicitis; zwei davon bieten das typische Bild der oben beschriebenen chronischen Hernien-Appendicitis.

V. Diagnose und Differentialdiagnose.

Die Diagnose ist schwierig und wird meist erst nach der Operation gestellt. Aufzählung der differential diagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen und ihrer Kriterien gegenüber der Hernien-Appendicitis.

IV. Prognose und Therapie.

Die Prognose der Hernien-Appendicitis ist bei richtiger Therapie (Operation!) absolut günstig.

C. Schlussätze.

Die klinische Einteilung der Hernien-Appendicitis in eine akute und chronische Form ist wichtiger und brauchbarer als die Einteilung nach ihrer Genese. Bei Verdacht auf Appendicitis im Bruchsacke: Nie Taxisversuche, sondern sofortige Operation!